

INCOME APPLICATION (SPANISH)

**SOLICITUD DE INGRESOS
PARA PADRES QUE DESEAN PARTICIPAR EN EL CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM (CACFP)
PROGRAMA ALIMENTICIO PARA NIÑOS Y ADULTOS EN CUIDADO. AÑO FISCAL 2006**

Nombre del Proveedor _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre (letra impresa) : _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Número de teléfono (casa) _____ Número de teléfono (trabajo) _____

Yo certifico que toda la información siguiente es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se da en conexión al recibir fondos federales; que oficiales de las instituciones pueden verificar esta información; y que un propósito mal deliberado o mal interpretado puede exponerme a un juicio bajo los estatutos criminales estatales y federales aplicables.

CONFIDENCIALIDAD: La información que usted submita será tratada confidencial y se usará únicamente para determinar elegibilidad y verificación de datos para el (CACFP) programa alimenticio para niños y adultos en cuidado.

Firma

Número de Seguro Social

Fecha

ELIGIBILIDAD DE INGRESOS

Llene esta parte para sus hijos si **NO** son elegibles de participar en programas suministrados por fondos estatales, federales u otros beneficios.

Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Apunte **TODOS LOS NOMBRES** de los **MIEMBROS DEL HOGAR. INCLUYASE USTED MISMO, OTROS ADULTOS Y NIÑOS. NO INCLUYA A LOS NIÑOS APUNTADOS ARRIBA, A MENOS QUE RECIBAN INGRESOS CON REGULARIDAD.** Escriba la cantidad del **INGRESO MENSUAL** de cada persona incluyendo la fuente de donde los recibe, en la misma línea de su nombre. Apunte el ingreso **BRUTO ANTES** de las deducciones de impuestos, seguro social, etc.

NOMBRE	Ingresos Mensuales	Beneficios Mensuales	Ingresos Mensuales	Otros Ingresos Mensuales
	de trabajo (antes de Deducir impuestos)	de Asistecnai en efectivo, mantenimiento familiar	de pensiones y del seguro social	mensuales
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

Guía de Elegibilidad de Ingresos

Efectivo desde el 1 de julio, 2005 hasta el 30 de junio, 2006

Miembros en el Hogar	Anual	Mensual	
Semanal			
1	\$17,705	\$1,476	\$341
2	23,736	1,978	457
3	29,767	2,481	573
4	35,798	2,984	689
5	41,829	3,486	805
6	47,860	3,989	921
7	53,891	4,491	1,037
8	59,922	4,994	1,153
Por cada miembro de familia adicional añada	+6,031	+503	+116

"WAIVER"

Usted puede emitir el nombre de mi(s) hijo(s) al proveedor de cuidado como elegible para el programa.

Si No

Firma

Fecha

ELEGIBILIDAD CATEGORICA

Llene esta parte si sus hijos actualmente reciben beneficios de alguno de los siguientes programas. Indique los que apliquen y dé el número del caso. PROGRAMAS ELEGIBLES:

	# del caso		# del caso
Transitional Child Care Program (TCC)	_____	JOBS Child Care	_____
Cash Assistance	_____	State Child Day Care Subsidy	_____
At-Risk Child Care	_____	Child Care and Development Block Grant	_____
Food Stamps Employment & Trng Program	_____	FDPIR	_____
WIC	_____	Commodity Supplemental Food Program	_____
Head Start children qualified by income	_____	National School Lunch Program	_____
Even Start	_____		

	Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

NIÑOS ADOPTIVOS/INSTITUCIONALIZADOS (FOSTER CHILDREN)

Niños adoptivos/institucionalizados son elegibles para el reembolso de comidas sin importar los ingresos de la casa en la que residen. Si tiene niños adoptivos/institucionalizados en su casa, por favor indique sus nombres aquí y el total de ingresos que cada niño recibe para uso personal.

	Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento	Ingresos
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____

Raza/Identidad Etnica: No es mandatorio, voluntariamente contestar esta pregunta. Por favor indique la categoría.

BLANCO - no de origen Hispano **AFRICANO - no de origen Hispano** **HISPANO** **ASIATICO o Islas de Pacifico** **INDIO AMERICANO o Nativo de Alaska**

"Section 9 of the National School Act" requiere que, incluya su número de seguro social en la aplicación, a menos que presente su número de caso, ya sea de estampillas de comida, asistencia en efectivo del niño o FDPIR. Este puede ser el número de seguro social del padre o de la persona responsable que firme el documento, o que constate que ningún miembro del hogar posee un número de seguro social. No es mandatorio proveer el número de seguro social, pero si este número no se provee y no se constata de que ni el proveedor principal del hogar o ningún miembro adulto del hogar que este firmando la aplicación (que no tiene un número), el documento no podrá ser aprobado. Esto debe de ser explicado a la persona responsable cuyo número de seguro social se ha dado. El número de seguro social puede ser utilizado para corroborar al miembro del hogar para de esta manera comprobar la autenticidad de la información dada en el documento. Estos conductos de verificación pueden ser llevados por medio de auditorias, revisiones e investigaciones de los programas y puede incluir el contactar a los empleadores (patrones) para determinar el salario, contactar a las oficinas de estampillas de comida o "welfare" para determinar que la certificación este actualizada por programas suministrados por fondos estatales o federales, contactar a las oficinas de seguridad de empleo del estado para determinar la cantidad de beneficios recibidos y corroborar la documentación generada por la persona responsable para verificar la cantidad de ingreso recibida. Estas investigaciones pueden resultar en la pérdida o reducciones de veneficios Si la informacion submitida es incorrecta puede ser posible que pierda o haya reducciones en los beneficios, en los reclamos administrativos o acciones legales si la información dada es incorrecta.

For Sponsor Use Only (Para el uso del Patrocinador Unicamente)

Approved by: _____	Total Household Size: _____	Children in each category
Approved date: _____	Total Monthly Income: _____	() Eligible
		() Ineligible